

АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра скорой неотложной помощи и анестезиологии,  
реаниматологии.

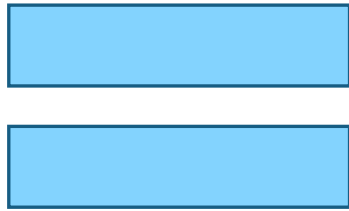
# Алгоритм оказания первой помощи при ОНМК

Подготовила: Мубарак А.С.

Проверил: Шмидт А.А.

Группа: 576 ОМ

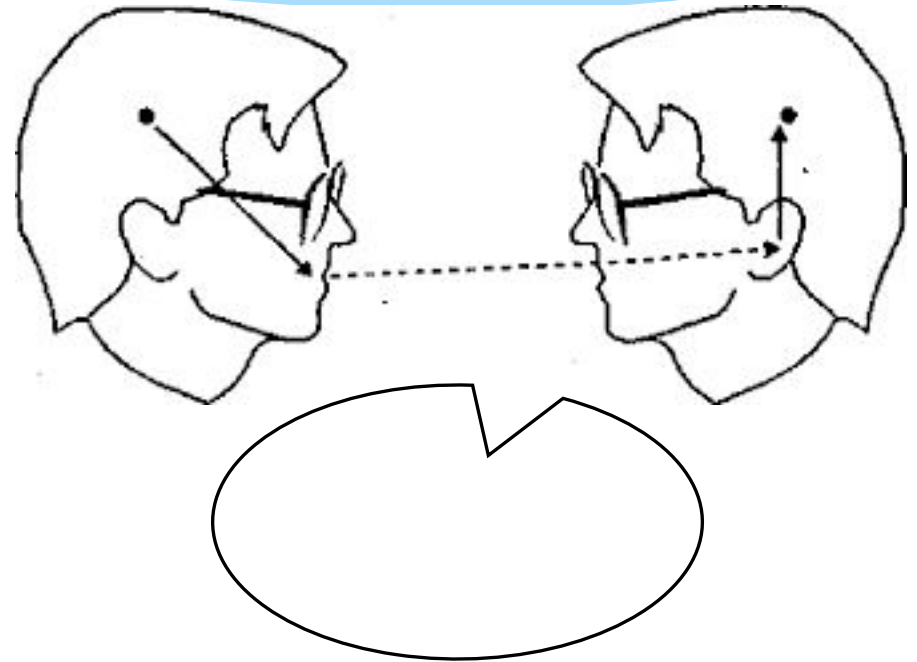
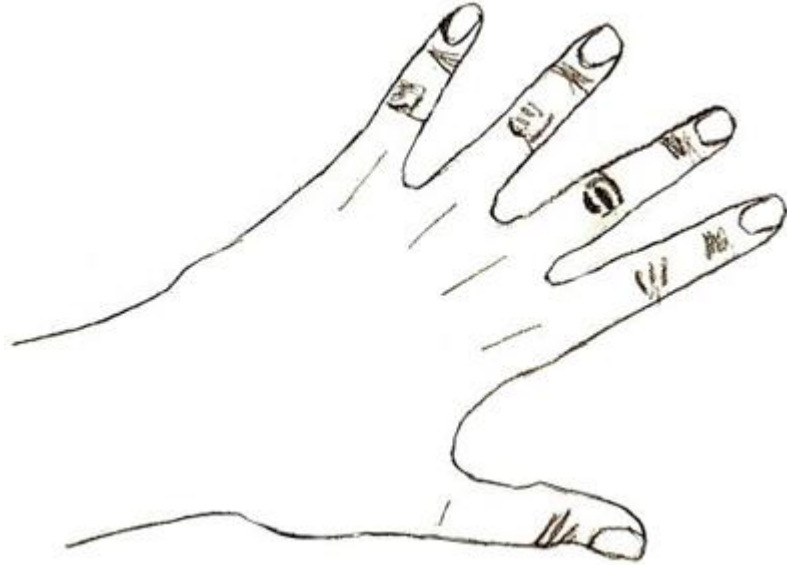
Астана  
2015г.



# Основные задачи мероприятий на догоспитальном этапе


- \* 1. **Диагностика инсульта** и определение точного времени начала заболевания с выяснением всех обстоятельств случившегося с привлечением очевидцев.
- \* 2. **Проведение неотложных лечебных мероприятий.**

# TECT



# Другие симптомы:

- необъяснимое нарушение зрения
- онемение (потеря чувствительности) в какой либо части тела, особенно на одной половине тела
- остро возникшие выраженное головокружение, неустойчивость и шаткость, нарушение координации движений
- нарушения глотания, поперхивание, гнусавость голоса
- судорожный припадок или какие-либо другие нарушения сознания
- необычно тяжелая, внезапно развившаяся головная боль, рвота



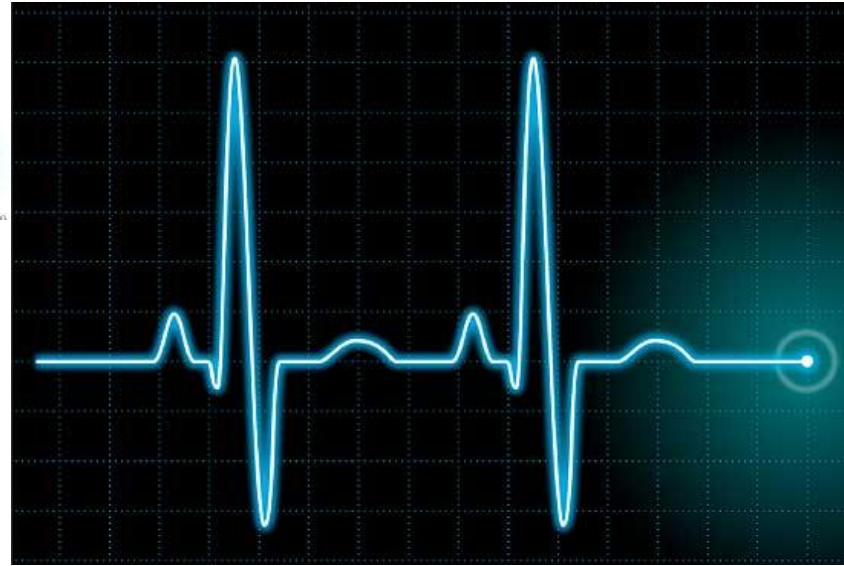
**N.B.!** отсутствие вышеописанных  
симптомов при проведении данного теста  
не исключает инсульт!



40 минут

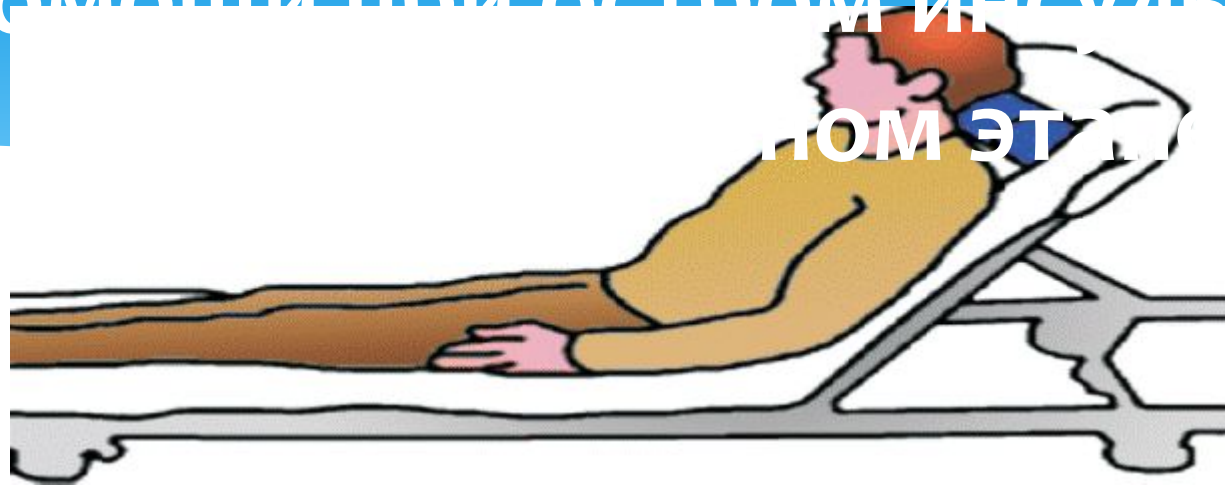


# Уровень сознания по шкале ком Глазго





# Основные принципы оказания медицинской помощи при остром инсульте на



- **2. Обеспечение адекватной оксигенации**
- **3. Поддержание адекватного уровня АД**
  - Уровень АД в острейшем периоде не принято снижать если он не превышает 180\105 мм.рт.ст. у пациента с фоновой АГ и 160\105 без артериальной гипертензии в анамнезе для сохранения достаточного уровня перфузии.
  - !!! неадекватная гипотензивная терапия, обуславливающая резкое падение АД – это одна из наиболее реальных лечебных ошибок.**

# - Каптоприл

- препарат выбора для снижения АД.
- внутрь в начальной дозе 12,5 мг., если систолическое АД не выше 200 мм.рт.ст., или
- 25 мг., если систолическое АД выше 200 мм.рт.ст.
- При необходимости применяется повторно в той же или вдвое большей дозе в зависимости от установленного гипотензивного эффекта.
- Если через 30-40 мин. после приема 12,5 мг. каптоприла АД снизилось на 15% от исходного, повторить введение препарата в той же дозе через 3 часа.
- Если АД не изменилось или повысилось, назначают 25 мг. безотлагательно.

# - Нитропруссид натрия

- \* для экстренного управляемого снижения АД при повышении диастолического АД свыше 140 мм.рт.ст.
- \* Начальная доза - 0,5 -10 мг\кг в минуту, в дальнейшем дозу подбирают в зависимости от гипотензивного эффекта.
- \* Если систолическое АД оказывается ниже 100-110 мм рт.ст., а диастолическое – ниже 60-70 мм рт.ст., необходимо введение объемозамещающих средств (кристаллоидные растворы, низкомолекулярные декстраны, крахмалы) в сочетании с глюкокортикоидами:

- 1. **Натрия хлорид 0,9% раствор** – 250-500 мл или **полиглюкин** 400 мл или **пентакрахмал** 250-500 мл, в/в капельно в течение 30-40 минут + **преднизолон** 120-150мг или **дексаметазон** 8-16мг, однократно, струйно.
- 2. Желательно введение симпатомиметиков (дофамин или мезатон) и препаратов, улучшающих сократимость миокарда (сердечные гликозиды). В подобных случаях, прежде всего, нужно заподозрить одновременное с инсультом развитие инфаркта миокарда.
- **Дофамин** 50-100 мг. препарата разводят 200-400 мл. изотонического раствора и вводят в/в предпочтительно с использованием инфузомата (начальная до 5 мкг\кг\мин). Начальная скорость введения 3-6 капель в мин. Под строгим контролем АД и частоты пульса скорость введения может быть увеличена до 10-12 кап. в минуту. Инфузию продолжают до повышения среднего АД в пределах 100-110 мм.рт.ст.

# 4. Купирование судорог (при развитии серии эпилептических припадков или эпилептического статуса)

- начинается с препаратов для в\в введения. При неэффективности перейти к комбинации антиконвульсантов- парентерально и через зонд.  
Рекомендуемые препараты и режим дозирования для купирования судорожного синдрома:
  - **Диазепам (реланиум)** 0,15 -0,4 мг\кг в\в со скоростью введения 2-2,5 мг\мин, при необходимости повторить введение 0,1-0,2 мг\кг\час.
  - **Кислота вальпроевая (конвулекс)** в\в 20-25 мг\кг первые 5-10 мин., затем постоянная инфузия со скоростью 1-2 мг\кг\час. Возможно болюсное введение 4 раза в сутки, суточная доза 25-30 мг\кг\сут.
  - При рефрактерном эпилептическом статусе и при неэффективности реланиума использовать **тиопентал натрия** под контролем функции внешнего дыхания. Тиопентал- средство третьей очереди для в\в введения после бензодиазепинов и вальпроевой кислоты. 250-350 мг в\в в течении 20 сек., при отсутствии эффекта дополнительное введение препарата в дозе 50 мг. в\в каждые 3 мин. до полного купирования приступов. Далее переход на поддерживающую дозу, в среднем, 3-5 мг\кг в\в каждый час. Продолжительность барбитурового наркоза составляет 12-24 часа.

# 5. Гиповолемия

- \* Объем парентерально вводимой жидкости производится из расчета 30-35 мл\кг.
- \* Для устранения гиповолемии и возмещения объема циркулирующей жидкости вводят **изотонический раствор хлорида натрия**. При артериальной гипотензии (систолическое артериальное давление мене 100 мм.рт.ст.) в\в капельно вводят полиглюкин 400,0 мл. или пентакрахмал 500 мл.

# 6. Контроль температуры тела.

- Показано снижение температуры тела при развитии гипертермии выше  $37,5^{\circ}$ .
- **парацетамол** (цефекон)
- физические методы охлаждения.

При гипертермии более  $38^{\circ}$  показаны:

- ненаркотические и наркотические анальгетики;
- нейролептики (**дроперидол**);
- физические методы охлаждения: обтирания кожных покровов  $40^{\circ}$ - $50^{\circ}$  **этиловым спиртом**, обертывание мокрыми простынями, клизмы с холодной водой, установка пузырей со льдом над крупными сосудами, обдувание вентиляторами, в\в введение охлажденных инфузионных средств.

## 7. Купирование рвоты и икоты:

- \* **метоклопромид** 2 мл в 10 мл. 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно или внутримышечно;
- \* **пиридоксина гидрохлорид** 2-3 мл 5% раствора внутривенно в 10 мл. 0,9% раствора натрия хлорида; при неэффективности
- \* **дроперидол** 1-3 мл 0,25% раствора в 10 мл. 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно или внутримышечно.



# 8. Первичная нейропротекция:

- - **магния сульфат** (антагонист глутаматных рецепторов) 25% раствор 30 мл. в сутки
- - **глицин** (активатор тормозных нейротрансмиссерных систем), рекомендуемая доза 20 мг\кг ( в среднем 1-2 г\сутки) сублингвально.
- - **цитиколин (цераксон)** 1000 мг в\в капельно
- - **нимодипин** (антагонист потенциалзависимых кальциевых каналов). Доказана эффективность применения препарата при субарахноидальном кровоизлиянии. При лечении ишемического инсульта препарат эффективен в течении первых 12 часов. Препарат может быть включен в комплексную терапию инсульта только у пациентов с высокими цифрами АД (выше 220\120 мм.рт.ст), так как обладает вазодилатирующим действием.

## 9. Коррекция уровня глюкозы

- \* Абсолютным показанием для назначения инсулинов короткого действия является уровень глюкозы крови более 10 ммоль/л. Больные, страдающие сахарным диабетом, должны быть переведены на подкожные **инъекции инсулина** короткого действия, контроль глюкозы крови через 60 мин. после введения инсулина.

## действие требует специальных разъяснений.

- На догоспитальном этапе, за исключением необходимости купировать отек легких, **противопоказано назначение фуросемида.**

**Для минимизации риска резкого снижения АД и мозговой перфузии у больных с подозрением на мозговую инсульт, следует исключить нифедипин, применяемый сублингвально.**

- **Должны быть исключены аминазин и трифтазин**, так как эти нейролептики угнетают функцию стволовых структур мозга и ухудшают состояние больных, особенно пожилых и старых.
- **Гексенал и тиопентал натрия также угнетают функцию дыхания**, их не следует назначать для купирования эпилептического статуса у больных с ОНМК, сопровождающимся угнетением сознания и стволовых функций.
- **Противопоказаны барбитураты**, иногда рекомендуемые для купирования церебральной гипоксии.
- **Противопоказана 40% глюкоза**, так как инсульт (особенно тяжелые формы) уже в первые часы с момента заболевания сопровождается гипергликемией. Также доказано, что введение глюкозы не предотвращает развития анаэробного гликолиза.
- **Противопоказаны эуфиллин и папаверин**, вызывающие синдром внутримозгового «обкрадывания» – усиление кровотока в непораженных зонах мозга и его уменьшение в большей степени ухудшают васкуляризацию в зоне формирующегося инфаркта мозга. При геморрагическом инсульте вазодилатация способствует дальнейшему кровотечению и увеличению гематомы.
- **Дегидратирующие препараты для борьбы с отеком мозга (фуросемид, глицерин, сорбитол, маннитол) могут назначаться только по строгим показаниям и не должны вводиться на догоспитальном этапе**